

## ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS NO CONTEXTO AMAZÔNICO

## ACTIVIDAD FÍSICA EN ADULTOS MAYORES EN EL CONTEXTO AMAZÔNICO

## PHYSICAL ACTIVITY IN THE ELDERLY IN AMAZONIAN CONTEXT

Fabianne de Jesus Dias de Sousa<sup>1</sup>, Maria do Perpetuo Socorro Dionísio Carvalho da Silva<sup>2</sup>,  
Fabiana do Socorro da Silva Dias de Andrade<sup>3</sup>

## Histórico

## Recibido:

31 de Mayo de 2014

## Aceptado:

24 de Julio de 2014

1 Enfermeira. Doutoranda em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPE). Docente da UNAMA (Universidade da Amazônia). Tel: +55(91)81219404. Endereço: Travessa Honório José dos Santos 423, apt. 1603 Bairro: Jurunas, CEP:66033-358. Belém-PA-Brasil. E-mail: fabiannesouza@hotmail.com

2 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Docente da ESMAC (Escola Superior Madre Celeste).

3 Fisioterapeuta. Doutoranda em Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM). Docente da UNIME-Itabuna-Bahia (União Metropolitana de Educação e Cultura).

## RESUMO

**Introdução:** A longevidade é uma realidade tornando-se necessário a implementação e/ou implantação de ações efetivas baseadas em evidências para o controle de doenças crônicas não-transmissíveis e seus fatores de risco. Objetivou-se, relatar a experiência do grupo de hipertensos e diabéticos, desenvolvidos por enfermeiros da estratégia saúde da família, descrevendo a atividade física para a prevenção, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um relato de experiência de natureza descritiva, vivenciado pelas enfermeiras com um grupo de usuários idosos hipertensos e diabéticos. Foi realizado levantamento em prontuários (dados secundários) de 2008 até 2012. **Resultados:** Encontrado 320 idosos, destes, sete (2,2%) eram diabéticos, cinco (1,6%) diabéticos e hipertensos e, cinquenta e dois (16,2%) apenas hipertensos. Resultando em sessenta e quatro idosos (20,0%) portadores de alguma doença crônica não-transmissível. Destes 320 idosos, 224 idosos (70,0%) relataram que não participavam de atividades físicas por inúmeros motivos. **Discussão e Conclusões:** Pode-se concluir que com a inclusão das atividades físicas, como atividade complementar ao tratamento médico, percebeu-se que houve uma melhoria na qualidade de vida, saúde e integração social destes idosos, através de relatos dos idosos dentre eles: controle da pressão arterial, diminuição de dores musculares e realização de atividades da vida cotidiana.

**Palavras chave:** Atividade Motora, Doença Crônica, Qualidade de Vida. (Fonte: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.119>

## RESUMEN

**Introducción:** La longevidad es una realidad por lo que es necesario la implementación y/o ejecución de acciones basadas en la evidencia efectivos para el control de enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo. El objetivo del presente estudio fue relatar la experiencia del grupo de hipertensos y diabéticos, desarrollado por enfermeras de la estrategia de salud de la familia, describiendo la actividad física para su prevención, promoción de la salud y mejoría de la calidad de vida de adultos mayores. **Materiales y Métodos:** Se trata de un relato de experiencia de carácter descriptivo, experimentado por las enfermeras en un grupo de usuarios de adultos mayores hipertensos y diabéticos. Se realizó análisis de las historias y registros clínicos (datos secundarios) desde 2008 hasta 2012. **Resultados:** Se reportaron 320 adultos mayores, de los cuales, siete (2,2%) eran diabéticos, cinco (1,6%) diabéticos e hipertensos y cincuenta y dos (16,2%) solamente hipertensos. Resultando en sesenta y cuatro adultos mayores (20,0%) portadores de alguna enfermedad crónica no transmisible. De éstos 320 adultos mayores, 224 (70,0%) informaron que no habían participado en actividades físicas por varias razones. **Discusión y Conclusiones:** Se puede concluir que con la inclusión de la actividad física como una acción complementaria al tratamiento médico, se observó que hubo una mejoría en la calidad de vida, la salud y la integración social de los adultos mayores a través de informes de las personas sobre: control de la presión arterial, disminución de dolores musculares y realización de actividades de la vida diaria.

**Palabras clave:** Actividad Motora, Enfermedad Crónica, Calidad de Vida. (Fuente: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.119>

## ABSTRACT

**Introduction:** Longevity is a reality making it necessary to implement and / or implementation of effective evidence-based actions for the control of non-communicable chronic diseases and their risk factors. The objective of reporting the experience of the group of hypertensive and diabetic developed by nurses from the family health strategy, describing physical activity for prevention, health promotion and improved quality of life for seniors. **Materials and Methods:** This is an experience report of a descriptive nature, experienced by nurses in a group of hypertensive and diabetic elderly users. Survey of the records (secondary data) 2008 was held until 2012. **Results:** Found 320 elderly, these, seven (2.2%) were diabetic, five (1.6%) diabetic and hypertensive and fifty-two (16, 2%) hypertensives only. Resulting in sixty-four elderly (20.0%) patients with a chronic non-communicable disease. Of these 320 seniors, 224 seniors (70.0%) reported that they participated in physical activities for several reasons. **Discussion and Conclusions:** We can conclude that with the inclusion of physical activity as a complementary activity to medical treatment, it was noticed that there was an improvement in quality of life, health and social integration of the elderly through reports of the elderly among them: control of blood pressure, decrease muscle pain and perform activities of daily life.

**Key words:** Motor Activity, Chronic Disease, Quality of Life. (Source: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.119>

Cómo citar este artículo: Sousa F, Silva M, Andrade F. Atividade física em idosos no contexto amazônico. Rev Cuid. 2014; 5(2): 792-8.

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.119>

© 2014 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 3.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

## INTRODUÇÃO

Com a melhoria da qualidade de vida, maior acesso aos serviços de saúde, aumento do poder econômico e o aumento da expectativa de vida, a população de idosos crescerá de tal modo que o Brasil será o 6º do mundo, com aproximadamente 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais em 2025, podendo este segmento chegar a quase 15% do contingente populacional em 2027, superando o número de crianças, e adolescentes com 14 anos ou menos, sendo que as previsões para a população de idosos revelam que estes terão baixo nível educacional, viverão em áreas urbanas e com baixa renda familiar. Além desse quadro econômico e social, torna-se frequente o aparecimento de doenças crônico-degenerativas como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) juntas constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares. Ainda, as doenças crônicas, em geral estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual e lento. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudança de estilo de vida (1).

Dentro desta perspectiva foi criada a Lei no 8842/94 e o Decreto nº 1948/96, que trata da Política Nacional do Idoso, onde asseguram o direito da pessoa idosa e recomendam a criação de condições para a promoção de autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento (2-3).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, é considerado um dos fatores de risco mais importante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com a diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal crônica terminal, sendo que a prevalência de hipertensão em diabéticos é pelo menos duas vezes maior do que na população em geral. O Diabetes Mellitus (DM) vem aumentando sua importância pela crescente prevalência. No Brasil, os dados do estudo multicêntrico de diabetes demonstraram uma prevalência de 7,6% da população de 30 a 69 anos (1).

Com os avanços tecnológicos, especialmente na área médica, criaram-se expectativas de um aumento significativo da qualidade de vida dos idosos, ao contrário do esperado, as enormes alterações no quadro

demográfico, vieram acompanhadas por um aumento significativo da incidência de determinadas doenças, que levam a diminuição da expectativa de vida dos idosos, geraram uma condição de dependência e baixa autoestima, além do aumento nos gastos dos sistemas de saúde pública gerados por problemas relacionados à saúde destes idosos (4).

Modificar hábitos de vida é interferir na qualidade de vida das pessoas, na sua forma de viver e, em última instância, na sua própria concepção de saúde. O conceito de saúde de cada um é formado a partir de toda a sua vivência, participando de sua constituição a formação familiar, as relações de trabalho, as relações sociais, enfim toda a sua cultura. Porém os profissionais de saúde, de uma maneira geral, têm formação acadêmica muito específica e, o resultado final é uma pobre adesão a qualquer tipo de orientação, fazendo com que um grande número de pacientes abandone o tratamento, precocemente. Outro ponto crítico na adesão ao tratamento é dado pelo grupo de pacientes, apesar de, teoricamente, estarem sob tratamento não seguem a orientação prescrita. Resta, então, um pequeno número que é fiel à terapêutica instituída (1).

O tratamento não farmacológico tem objetivado diminuir os fatores de risco para doenças cardiovasculares e reduzir a pressão arterial, devendo-se iniciar um processo de educação em saúde no qual o paciente é estimulado a adotar medidas que favoreçam a adesão às recomendações. Estas medidas sugeridas terão impacto no estilo de vida e sua implementação dependerá diretamente da compreensão do problema e da motivação em aplicá-las. Os profissionais da saúde, ao aconselharem modificações de hábitos, devem apresentar ao paciente as diferentes medidas e possibilidades de programá-las para que ele possa adaptá-las à sua situação sócio-econômica e à sua cultura, obtendo, dessa forma, maior adesão ao tratamento (5).

Aos profissionais que assistem esta clientela faz-se necessário que tenham o conhecimento do perfil sócio-demográfico dos pacientes hipertensos e diabéticos, do uso que fazem dos serviços de saúde e das estratégias terapêuticas que conhecem e utilizam para direcionar intervenções mais eficazes de controle da doença (6).

Na atuação da equipe multiprofissional, pressupõe-se a participação ativa do cliente, devendo ele ser considerado o elemento número um, pois representa o próprio sentido da formação do grupo. Sua inclusão, como elemento integrante da equipe, cria com o mesmo compromisso para com o sucesso da terapêutica,

tornando-o sujeito e não simples objeto das ações de saúde a ele dirigidas (5).

O enfermeiro, enquanto integrante da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), desenvolve importante papel no acompanhamento do paciente com hipertensão. Este profissional além de atuar como educador em saúde no trabalho com grupos de pessoas hipertensas, seus familiares e com a comunidade, é responsável por desenvolver a consulta de enfermagem, atividade privativa do enfermeiro (7).

Ressalta-se ainda a importância de uma abordagem multi ou interdisciplinar e o envolvimento dos familiares do portador de doenças crônicas nas metas a serem atingidas como detecção precoce, tratamento e acompanhamento dos idosos com HAS e DM. As indicações de modificações no estilo de vida são importantes, pois já existem evidências do seu efeito na redução da pressão arterial, possuem baixo custo, ajudam no controle de fatores de risco para outros agravos, aumentam a eficácia do tratamento medicamentoso (gerando necessidade de menores doses e de menor número de fármacos) e reduzem o risco cardiovascular. O Ministério da Saúde preconiza que o tratamento da HAS e DM devem incluir as seguintes estratégias: educação, modificações dos hábitos de vida e, se necessários, medicamentos. O paciente deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos saudáveis de vida como prática regular de atividade física, entre outros. (5-1).

Com o aumento proporcional das doenças crônicas, existe a necessidade da preparação e adequação dos serviços básicos de saúde, visando a melhor estruturação, formação e qualificação profissional para o atendimento dessa nova demanda. Como uma opção importante na prevenção e tratamento de diversas doenças crônicas de alta prevalência em adultos e idosos, vários trabalhos têm demonstrado a necessidade da atividade física. No Brasil, o sedentarismo apresenta alta prevalência, causando custos elevados, tanto diretos quanto indiretos, para o sistema de saúde. Diminuir o sedentarismo e promover estilos de vida mais saudáveis com a participação da atenção básica à saúde e seus profissionais pode representar um grande impacto na melhoria dos índices de saúde populacional e nos custos relacionados à gestão de serviços (8).

Na convivência com os idosos enquanto enfermeira, observamos que muitos deles não desenvolviam nenhuma atividade física para a melhoria da qualidade de vida e da condição de saúde, devido a vários fatores,

como condições socioeconômicas, culturais, religiosas e acabam por não incluírem a atividade como prática diária, então, emergiu a seguinte questão: qual a influência da atividade física na adesão ao tratamento dos usuários idosos do programa HIPERDIA?

Dessa maneira, a Estratégia Saúde da Família (ESF), modalidade de atendimento à saúde inserida no âmbito da atenção primária, apresenta importante potencial no que diz respeito à sua capacidade de oferecer suporte e fortalecer as famílias fragilizadas diante de uma condição de saúde que pode ameaçar a vida de um de seus entes (9).

Neste estudo, temos como objetivo relatar a experiência vivenciada pelos enfermeiros que acompanham o grupo de usuários idosos hipertensos e diabéticos quanto a importância da atividade física para a prevenção, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos.

## MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo apresentado é um relato de experiência que visa descrever a vivência das enfermeiras da ESF com um grupo de idosos hipertensos e diabéticos. Este relato descreve a vivência das enfermeiras durante as atividades realizadas com os idosos. O estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família (USF) no município Benevides, Pará, Brasil. Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do próprio município a referida unidade tem uma população de três mil e quinhentos habitantes, sendo que umas das características desta população são as precárias condições socioeconômicas (10).

Inicialmente buscaram-se informações sobre atividades físicas voltadas para a população de idosos, orientação com um profissional de educação física sobre quais e como poderiam ser realizados estes exercícios. Partindo-se destas informações, e com a experiência e vivência que tinha como praticante de capoeira iniciou-se o treinamento com a equipe de agentes comunitários de saúde (ACS) que seriam os responsáveis pelo acompanhamento do grupo. Após esta etapa iniciou-se, por parte dos profissionais de saúde, a divulgação do grupo durante o atendimento na unidade e dos agentes comunitários de saúde durante as visitas domiciliares.

Foram incluídos os idosos a partir de 60 anos cadastrados e acompanhados pela ESF, inseridos no programa HIPERDIA com pressão arterial e glicemia controlada. Excluídos os idosos que não se enquadravam nos

critérios de inclusão.

Em países em desenvolvimento definiu-se idoso segundo constante do art. 2º da Lei nº 8.842/94: aquele indivíduo com 60 anos e mais. É importante ressaltar que não existe conceito universalmente aceitável com relação ao envelhecimento, sendo a idade cronológica um dos mais utilizados para definir idoso e delimitar os participantes de um estudo (9).

Por se tratar de um relato de experiência não foi necessário submeter ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

## RESULTADOS

A Unidade de Saúde da Família foi criada em agosto de 2008, onde houve a de cadastramento e identificação das famílias e indivíduos que faziam parte da área de atuação da referida unidade. Durante este processo, no período de 2008 até 2012, através de levantamento de prontuários, foi encontrada uma população de 320 idosos, destes, sete idosos eram acometidos por diabetes melittus (2,2%), cinco idosos por diabetes melittus associada com hipertensão arterial (1,6%) e cinquenta e dois acometidos por hipertensão arterial (16,2%). Resultando em sessenta e quatro idosos (20%) que possuíam alguma doença crônica não-transmissível. Destes 320 idosos, 224 idosos (70%) relataram que não participavam de atividades físicas, incluindo os idosos portadores de doenças crônicas não-transmissíveis citados anteriormente pois relatavam que tinham de cuidar de seus familiares (filhos, netos e outros) e, ainda referem que as atividades ofertadas demandavam muito tempo ou começavam no horário que não coincidia com o seu tempo livre.

## DISCUSSÃO

A alimentação pouco saudável e a falta de atividades físicas são causas importantes das doenças cardiovasculares, diabetes do tipo 2 e determinados tipos de câncer, contribuindo também para o aumento da carga mundial de morbidade, mortalidade e incapacidade (11).

Foram realizados encontros com todos os profissionais de saúde da equipe saúde da família (enfermeira, médica, agentes de saúde, odontóloga, auxiliar de saúde bucal, técnicos de enfermagem e agente administrativo) quanto a disponibilização de serviços e atendimentos da unidade, emergiu a ideia da criação de um grupo com os idosos voltados para o incentivo à atividade física.

Com a concordância do grupo foi criado um grupo de caminhada e em outubro de 2008 e, denominado “*Caminhando para uma saúde melhor*”.

O atendimento aos pacientes hipertensos e/ou diabéticos realizados na USF constitui-se de consulta médica, de enfermagem, atendimento odontológico, grupo educativo e grupo de atividade física (caminhada). Sendo que o grupo de caminhada da unidade já possui quatro anos, atualmente é um grupo aberto ao público, que funciona segunda-feira, quarta-feira e quinta-feira de 7 às 8 h.

O idoso hipertenso e/ou diabético é convidado a participar do grupo de caminhada após obter o diagnóstico de hipertensão arterial e/ou diabetes melittus. Inicialmente passa por uma avaliação médica para a liberação ou não para realização da atividade física. Após liberação, o mesmo é cadastrado sendo avaliado pelo enfermeiro que consiste na pesagem, mensuração da estatura e da circunferência da cintura, quadril, tórax, coxa e panturrilha (estas medidas são aferidas quadrimestralmente), cálculo do índice de massa corpórea (IMC), aferição da pressão arterial, teste de glicemia capilar, também são realizadas avaliação e orientação nutricional, os dados são anotados em uma ficha própria para controle e as informações registradas no prontuário do mesmo.

Os encontros para as caminhadas ocorrem semanalmente no período da manhã, são realizados em frente da unidade de saúde por um educador físico ocorrendo a realização de exercícios físicos que propiciem o aquecimento muscular antes do início das atividades, após aquecimento, os participantes fazem a caminhada pelas ruas do bairro, finalizando em um local arejado próximo da unidade de saúde culminando com exercícios de alongamento para o corpo.

Durante a caminhada os pacientes são acompanhados por um grupo de quatro agentes comunitários de saúde e por um integrante da equipe de enfermagem, caso seja necessário um atendimento emergencial. A atividade física dura em média uma hora, levando em conta o ritmo cardíaco dos diversos participantes. Ao término das atividades físicas é realizado controle dos níveis pressóricos e glicemia capilar sendo registrado no prontuário dos idosos.

Mensalmente é realizado um encontro com o grupo participante da caminhada para orientações nutricionais, discussões sobre qualidade de vida, importância da atividade física, diabetes, hipertensão, estresse, saúde



bucal e outros assuntos de interesse do grupo, sendo estas orientações realizadas pelas enfermeiras, odontóloga e médica da unidade, tendo apoio da nutricionista, educadora física e assistente social (integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF).

O idoso diabético e/ou hipertenso é acompanhado mensalmente pelo médico, enfermeira e equipe do NASF, antes do atendimento o mesmo vai à recepção para retirada do prontuário, passa por uma triagem com uma auxiliar de enfermagem onde é verificada a pressão arterial e/ou realizado teste de glicemia capilar, após é encaminhado para o atendimento com o profissional anteriormente agendado. O médico é que faz a prescrição dos medicamentos e avalia os resultados dos exames laboratoriais. No atendimento de enfermagem é realizada a consulta de enfermagem e feitas orientações, o paciente que tem uma hipertensão severa ou não está conseguindo controlar a pressão arterial é orientado a fazer a aferição da pressão arterial semanalmente ou quinzenalmente e caso seja detectado um valor extremamente alto da pressão aferida, o mesmo é orientado a procurar uma consulta de urgência na unidade de pronto atendimento, e posteriormente retorna a unidade para que a consulta com o clínico seja adiantada.

Nas práticas de saúde cotidianas, observa-se em geral, que o médico prescreve as medicações anti-hipertensivas, cabendo aos demais profissionais da equipe multidisciplinar a tarefa de atuar nas práticas não medicamentosas, ouvindo a história de vida da pessoa que adoece, os limites e as possibilidades de mudanças de hábitos de vida, realizando orientações à saúde, o que demanda tempo, competência e escuta, para aplicação de uma estratégia efetiva, que contribua para o controle e a prevenção de agravos da doença, e portanto, para a adesão ao tratamento (12).

A partir da nossa vivência com o grupo, percebe-se que houve adesão dos idosos nas atividades físicas e atividades educativas, os idosos relatavam os benefícios que obtiveram após iniciar as caminhadas, dentre eles: a melhora da pressão arterial, diminuição de dores musculares e de dores nos membros inferiores, em poder realizar atividades da vida diárias que antes já não conseguiam mais realizar.

A atividade física se praticada regularmente pode diminuir o risco e/ou a evolução de doenças cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais, problemas hipertensivos, diabetes, osteoporose, câncer, ansiedade e depressão.

Além disso, ela é determinante no controle do peso corporal. Dentre os benefícios a curto prazo, o aumento do consumo de glicose como combustível por parte do músculo em atividade, contribui para o controle da glicemia. O efeito hipoglicemiante do exercício pode se prolongar por horas e até dias após o fim de exercício (13).

Os idosos do grupo de caminhada relatavam melhoria na sua qualidade de vida, pois o grupo lhes propiciava integração social, fazer novas amizades, encontrar velhos amigos, realizar atividades (física e educativa) com pessoas da mesma faixa etária e com os mesmos problemas de saúde. Durante este período não houve desistência de nenhum dos participantes do grupo de caminhada. As atividades físicas associadas ao tratamento médico revelaram os níveis pressóricos bem como os glicêmicos dos idosos em controle não sendo necessário aumento de dose de medicamentos, fato este, pode ser comprovado através dos registros em prontuários dos profissionais de saúde da ESF.

A qualidade de vida de idosos que possuem maior nível de atividade física é melhor que a de idosos que possuem menor nível de atividade física (14).

O processo de envelhecimento é influenciado por vários fatores e que estes estão diretamente relacionados com a qualidade de vida. Dentre estes fatores o sedentarismo é o que mais compromete a qualidade de vida da pessoa idosa. E para que o idoso tenha uma vida saudável, seja independente nas suas atividades da vida diária, é de extrema importância a realização de atividade física regular, pois esta retarda as alterações fisiológicas do envelhecimento e, quando associada a outros cuidados, contribui para a prevenção de determinadas doenças (15).

O grupo de caminhada para estes idosos tornou-se importante para estes idosos, pois encontravam os amigos, e com eles participavam das caminhadas, atividades educativas, confraternização de datas comemorativas como “carnaval”, “festas de finais de ano”, “aniversários dos integrantes”, entre outros.

A busca pela interação social torna o indivíduo idoso mais integrado na sociedade. O que está em jogo na velhice é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios e vontades. Chegar a uma idade avançada com capacidade de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho. Um tratamento bem-sucedido e o convívio social mantêm

sua autonomia e a torna uma pessoa idosa saudável (16). Portanto, a Organização Mundial da Saúde lançou políticas do envelhecimento ativo que visam otimizar a saúde, a participação e a segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem, dentre eles a atividade física. Para minimizar/prevenir as consequências da senilidade, é necessário que os profissionais de saúde pública estabeleçam prioridades de atuação. A detecção de novos casos e o acompanhamento dos portadores de enfermidades poderão prevenir e controlar os agravos, enquanto medidas de promoção de saúde devem contar

com a participação da comunidade na busca de um envelhecimento ativo, que é uma meta importante para prevenir os fatores de risco que aceleram o processo incapacitante (17).

Ainda, para pacientes hipertensos é importante a utilização de terapias alternativas além do tratamento medicamentoso, pois através destas propostas alternativas buscam diminuir e proporcionar o controle da pressão arterial (18).

## CONCLUSÕES

Conclui-se que, o incentivo para realização de atividade física como opção as caminhadas como uma das modalidades de exercício físico contribuiu para que os idosos portadores de diabetes e hipertensão aumentasse sua qualidade de vida e de saúde como redução de antihipertensivos, manutenção de glicemia em dois dígitos, redução de complicações, dentre outras, integração social com outros idosos e com os profissionais envolvidos, além da percepção por parte dos mesmos, dos benefícios da atividade física e da mudança de estilo de vida.

Percebeu-se que a prática de atividade física por idosos diabéticos e hipertensos, propiciou melhora na qualidade de vida e na atividade de vida diária e pode

ser utilizada como instrumento de promoção à saúde por parte dos profissionais desta ESF visando combater assim o sedentarismo e as doenças crônicas (diabetes melitus e hipertensão arterial).

É necessário que haja incentivo através de campanhas que visem principalmente à conscientização dos idosos para a adoção de estilos de vida mais saudáveis, e o desenvolvimento de estratégias que estimulem uma prática cotidiana de atividade física como forma de controle e prevenção de problemas de saúde e que favoreçam a autonomia da pessoa idosa.

**Conflito de interesses:** Os autores declaram que não há conflito de interesses.

## REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério, 2006.
2. Brasil. Lei nº 8842, de 4 de Janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1994. [Acesso em 2013 mar 20]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8842.htm>
3. Brasil. Decreto nº 1948, de 3 de Julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8842, de 4 de Janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1996. [Acesso em 2013 abr 04]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L1948.htm>
4. Zago AS. Exercício físico e o processo saúde-doença no envelhecimento. Rev. Bras. Geriatr Gerontol 2010; 13(1): 153-58.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde. Porto Alegre, 2011.
6. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúd Pubo 2006; 22(2): 285-94.
7. Felipe FG, Abreu RNDC, Moreira TMM. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente portador de Hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. Rev Esc Enferm 2008; 42(4): 620-27. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000400002>
8. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios da região sul e nordeste do Brasil. Cad. Saúd Públ 2008; 24(1): 39-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100005>
9. Silva L, Silva MCL, Bouso RL. Perfil de famílias de idosos frágeis atendidos pela Estratégia Saúde da Família. Reme – Rev Min Enferm 2010; 14(1): 52-58.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Ibge). Censo 2010. Brasília: IBGE, 2010.
11. Santos, SSC. Enfermagem gerontogeriatrica: da reflexão à ação cuidativa. 2ª ed. São Paulo: Robe; 2001.
12. Krug, RR; Marchesan, M. Recomendações de alimentação e de atividades físicas nas diferentes idades: uma revisão de literatura. Rev Digital, 2009; 14(132): 1-2.
13. Pires CGS, Mussi FC. Reflecting about assumptions for care in the healthcare education for hypertensive people. Rev Esc Enferm 2009; 43(1): 229-36. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100030>
14. Haskell, WL. Physical activity and public health readapted recommendation for adults from the American College of sports Medicine and the American Hearth Association. Circulation. 2007; 116: 1081 – 93. <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.185649>
15. Toscano, JJO; Oliveira, ACC. Qualidade de Vida em idosos com distintos níveis de atividade Física. Rev Bras Med Esporte 2009; 15(3): 169-73.
16. Vidmar MF, Potulski AP, Sachetti A, Silveira MM, Wibelinger LM. Atividade física e qualidade de vida em idosos. Rev Saúde e Pesquisa 2011; 4(3): 417-24.
17. Nunes DP, Nakatani AYK, Silveira EA, Bachion MM, Souza MR. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia. Ciênc & Saúd Colet 2010; 15 (6): 2887-98. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600026>
18. Reza-García C, Landeros M, Gollner RC, Solano-Solano G, Alvarado L, Morales del Pilar M. Rol socioeconômico y La adhesión al tratamiento de pacientes com hipertensión arterial – contribución de enfermería. Rev Cuid 2012; 3(3): 280-6.